

اثر بخشی آموزش تاب‌آوری بر بهبود کیفیت زندگی پرستاران

زیبا برقی ایرانی[■]، محمدجواد بگیان کوله مرز، نادیا هزاری

چکیده

مقدمه: شغل پرستاری به دلیل ماهیت حرفه‌ای خود، طاقت‌فرسا و دارای استرس و چالش‌های فراوان است، طوری که کیفیت زندگی پرستاران را تحت تأثیر قرار می‌دهد. لذا؛ حفظ و ارتقاء تاب‌آوری و کیفیت زندگی آنها توسط مدیران پرستاری مهم است.

هدف: تحقیق حاضر به منظور بررسی اثر بخشی آموزش تاب‌آوری بر بهبود کیفیت زندگی پرستاران انجام شده است.

مواد و روش‌ها: این مطالعه یک طرح شبه‌آزمایشی از نوع گروه‌های نابرابر که به صورت پیش‌آزمون- پس‌آزمون و پیگیری همراه با گروه کنترل انجام شد. در این مطالعه از بین پرستاران یکی از بیمارستان‌های تهران که داوطلب شرکت در این پژوهش بودند، مطابق با معیارهای ورود ۳۲ نفر انتخاب شدند و بطور تصادفی به دو گروه ۱۵ و ۱۷ نفره آزمایش و کنترل تقسیم شدند. از هر دو گروه قبل از شروع مداخله پیش‌آزمون گرفته شد و سپس گروه آزمایش طی ۱۰ جلسه، آموزش هفتگی دو ساعته تاب‌آوری قرار گرفته و گروه کنترل هیچ آموزشی دریافت نکردند. کیفیت زندگی هر دو گروه قبل از انجام مداخله، پس از آن و ۴ هفته پس از اتمام مداخله، توسط پرسشنامه‌های کیفیت زندگی WHO مورد سنجش قرار گرفت. آنالیز آماری با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۳ و شاخص‌های آماری توصیفی و تحلیل کواریانس چند متغیره (مانکوا) انجام شد.

یافته‌ها: یافته‌های پژوهش نشان داد که تفاوت میزان نمرات پیش‌آزمون- پس‌آزمون و پس‌آزمون- پیگیری کیفیت زندگی بین گروه‌های مورد پژوهش معنادار بود، یعنی آموزش تاب‌آوری بر بهبود کیفیت زندگی پرستاران مؤثر است ($P \leq 0/05$). این نتایج در مرحله پی‌گیری (۴ هفته بعد) نیز به همین صورت حفظ شد.

نتیجه‌گیری: مدیران پرستاری می‌توانند برای ارتقای سطح کیفیت زندگی پرستاران می‌توان از الگوی آموزش تاب‌آوری استفاده نمایند. برنامه آموزش تاب‌آوری این مطالعه می‌تواند برای سوپروایزران آموزشی یک راهنمای عملکردی باشد.

کلمات کلیدی: آموزش تاب‌آوری، تاب‌آوری، پرستاران، کیفیت زندگی

■ مؤلف مسؤول: زیبا برقی ایرانی

عضو هیئت علمی دانشگاه پیام نور تهران، گروه

روانشناسی عمومی، تهران، ایران

آدرس: kimia2010@gmail.com

محمدجواد بگیان کوله مرز

دانشجویی دکتری روانشناسی عمومی دانشگاه

رازی کرمانشاه، کرمانشاه، ایران

نادیا هزاری

کارشناس ارشد روانشناسی عمومی دانشگاه پیام

نور واحد تهران جنوب، تهران، ایران

فصلنامه
مدیریت پرستاری

سال پنجم، دوره پنجم، شماره سوم و

چهارم، پاییز و زمستان ۱۳۹۵

■ مقدمه

پرستاران یکی از مهم‌ترین ارکان بخش درمان هستند که با توجه به وضعیت شغلی، مسؤول وظایف مهمی از قبیل مراقبت‌های روحی و روانی و نیز فیزیکی بیمار است که فعالیت‌های فوق در صورت عدم رعایت اصول ایمنی و نیز آرامش و رفاه کاری، در بروز اختلالات جسمانی و روحی این قشر نقش بسزایی دارد (۱). درخصوص آسیب‌های فیزیکی ناشی از کار، آمار حاصل از مطالعه بر روی پرستاران ایرانی در سال ۲۰۱۴، نشان می‌دهد تقریباً یک چهارم افراد از دردهای جسمانی مرتبط با کار از جمله درد کمر رنج می‌برند و از هر سه نفر یک نفر دچار کمر دردهای مرتبط با کار می‌گردد (۲). همچنین ۷/۴ درصد پرستاران در هر هفته به علت خستگی روحی یا ناتوانی فیزیکی ناشی از کار غیبت می‌کنند که ۸۰ درصد بیشتر از سایر گروه‌های حرفه‌ای است (۳). این عوامل با کیفیت زندگی آنان در ارتباط بوده و می‌تواند موجب اختلال در امور زندگی ایشان گردد (۴). در صورت مزمن شدن این اختلالات، مشکلات اجتماعی، شخصی، اقتصادی و روانی بی‌شماری برای فرد به وجود آمده و می‌تواند باعث ایجاد مشکلات جنسی و نیز افت عملکرد در فرد شود (۵). و کیفیت زندگی فرد را دچار اختلال جدی نماید (۶).

از جمله متغیرهای که می‌تواند بر جنبه‌های گوناگون زندگی پرستاران تأثیرگذار باشد، کیفیت زندگی است. کیفیت زندگی یک مفهوم چندبعدی است که عوامل مهم و متعددی نظیر وضعیت جسمی، روانی، عقیده فردی و ارتباطات اجتماعی بر آن تأثیر دارد (۷). کیفیت زندگی، دامنه‌ای از نیازهای عینی هر انسانی است که مرتبط با درک شخصی وی از احساس خوب بودن به دست می‌آید. کیفیت مطلوب زندگی به معنای فقدان بیماری نیست، بلکه به معنای احساس خوب بودن در زمینه‌های متعدد روانی، اجتماعی، عملکردی و روحی است (۸). با توجه به این که کیفیت زندگی بحثی کمی نیست و می‌تواند برای افراد گوناگون تعاریف و تعبیر مختلفی داشته باشد، سازمان بهداشت جهانی (۹)، کیفیت زندگی را مفهومی چند بعدی می‌داند و آن را درک هر فرد از زندگی، ارزش‌ها، اهداف، استانداردها و علائق فردی تعریف کرده است. احساس امنیت، تعارض‌های هیجانی، عقاید شخصی، اهداف و میزان تحمل ناکامی‌ها، همگی در تعیین نوع درک فرد از خود (احساس خوب بودن یا احساس ناخوشی) تأثیر دارند.

یکی از مداخلات روان‌شناختی که می‌تواند باعث بهبود کیفیت زندگی پرستاران شود تاب‌آوری است. تاب‌آوری را فرایند یا توانایی انطباق دادن خود با چالش‌ها و تهدیدات و غلبه بر آنها می‌داند وی

بیان می‌دارد که افراد و گروه‌های تاب‌آور، مجهز به مجموعه‌ای از ویژگی‌های مشترک هستند که آنها را برای غلبه بر دگرگونی‌ها و فراز و نشیب‌های زندگی آماده می‌کند (۱۰) با چنین دیدگاهی افرادی که تاب‌آوری بالایی دارند، موقعیت تنش‌زا بررسی و سپس با اتخاذ راه‌حل‌های منطقی، آن موقعیت‌ها را در مسیری که خود می‌خواهند، هدایت می‌کنند. این افراد در چنین شرایطی احساس خشنودی، خودباوری و اعتماد به نفس می‌کنند (۱۱). در تعریف دیگر تاب‌آوری به قابلیت تطابق انسان در مواجهه با بلا یا فشارهای جانکاه، غلبه یافتن و حتی تقویت شدن به‌وسیله آن تجارب اطلاق می‌شود. این خصیصه با توانایی درونی شخص و مهارت‌های اجتماعی و تعامل با محیط حمایت می‌شود، توسعه می‌یابد و به عنوان یک ویژگی مثبت متبلور می‌گردد (۱۲). فلیپ و کارن- لای (۲۰۰۷) اظهار می‌کنند که پرستاران قرن بیست و یکم به منظور رویارویی با مشکلات حرفه‌ای و تأمین سلامت روانی خود باید بطور ماهرانه‌ای تاب‌آوری را در خود گسترش دهند، زیرا تاب‌آوری و رفتارهای تاب‌آورانه بطور بالقوه به افراد کمک می‌کند تا بر تجارب منفی غلبه کنند و این تجارب را به تجارب مثبت در خود تبدیل کنند (۱۳).

لاتوس، یوسف و آوولیو (۲۰۰۷) در مطالعه‌ای دریافتند که برنامه مداخله روانی آموزشی مثبت‌اندیشی بر بهبود کیفیت کاری، تاب‌آوری در شرایط سخت کاری و کاهش فرسودگی شغلی تأثیر دارد (۱۴). مانیکس و مارگرات (۲۰۱۱) در مطالعه‌ای به این نتیجه رسیدند که آموزش خوش‌بینی و تاب‌آوری باعث بهبود کیفیت زندگی و خودکارآمدی پرستاران می‌شود (۱۵). نتایج مطالعات نشان می‌دهد افزایش تاب‌آوری موجب بهبود بخشیدن به کیفیت زندگی (۱۶)، کاهش دهنده درد و استرس (۱۷) و کاهش مشکلات هیجانی، افزایش سطح سلامت روانی و رضایت‌مندی از زندگی را در پی دارد (۱۸). مهرآفرید، خاکپور، جاجرمی و علیزاده موسوی (۱۳۹۴) در پژوهشی با هدف تأثیر آموزش مثبت‌اندیشی بر سخت‌رویی، تاب‌آوری و فرسودگی شغلی زنان پرستار نشان دادند که آموزش مثبت‌اندیشی منجر به افزایش معنادار سخت‌رویی و تاب‌آوری و منجر به کاهش فرسودگی شغلی در پرستاران شده است (۱۹). چن، هانگ، سون، لی، هاسیو، چو، هان و یانگ (۲۰۱۴) در پژوهشی به این نتیجه رسیدند که پرستاران با استرس شغلی زیاد، رضایت شغلی کم‌تری داشته و در آینده دچار کاهش میزان کیفیت زندگی می‌شوند و استرس‌های طولانی در محل کار نه تنها بر سلامت جسمی، روانی و معنوی پرستاران مؤثر است بلکه در آینده تأثیر منفی بر رضایت شغلی و کیفیت زندگی آنان

■ مواد و روش‌ها

این پژوهش به شیوه‌ی شبه آزمایشی از نوع گروه‌های نابرابر که به صورت پیش‌آزمون-پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل اجرا شد. اثربخشی یک متغیر مستقل یعنی آموزش تاب‌آوری بر متغیر وابسته یعنی کیفیت زندگی (مؤلفه سلامت جسمی و روانی-اجتماعی) مورد بررسی قرار گرفته و شامل مراحل اجرایی زیر بود: ۱- جایگزین کردن تصادفی آزمودنی‌ها؛ ۲- اجرای پیش‌آزمون و جمع‌آوری داده‌ها؛ ۳- اجرای متغیر مستقل روی گروه آزمایش و ۴- اجرای پس‌آزمون و جمع‌آوری داده‌ها.

جامعه آماری این پژوهش، را کلیه پرستاران یکی از بیمارستان‌های تهران که براساس آمار این بیمارستان تعداد آنها ۷۹ نفر می‌باشد. نمونه این پژوهش شامل ۳۲ نفر از پرستاران بود که به روش نمونه‌گیری غیر تصادفی (در دسترس) انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و گروه کنترل (۱۷ نفر) گمارده شدند. پس از انتخاب این دو گروه، اهداف درمانی به آن‌ها توضیح داده شد و شرکت یا عدم شرکت در پژوهش منوط به نظر مراجعین بود. به منظور تعیین معیارهای ورود به پژوهش، با تک تک افراد انجام شد. این معیارها عبارت بودند از ۱- دامنه سنی بین ۲۵ تا ۶۰ سال، ۲- جنسیت زن، ۳- عدم شرکت در سایر جلسات و یا سایر آموزش‌ها، ۴- نداشتن معلولیت جسمانی که مانع شرکت در جلسات آموزشی شود، ۵- اخذ رضایت‌نامه کتبی و تمایل به شرکت در پژوهش، ۶- آزمودنی‌ها دارای مدرک کارشناسی یا کارشناسی ارشد پرستاری باشند، ۷- پرستاران در حین گذراندن کلاس‌های آموزشی پرستاری دیگر نباشند و ۸- سابقه شغلی حداقل یک سال داشته باشند. ملاک‌های خروج از مطالعه شامل: ۱- عدم تمایل برای شرکت در جلسات؛ ۲- فرد، متقاضی دریافت کمک‌های دیگری همچون خدمات مددکاری باشد و شرکت همزمان در برنامه‌های درمانی دیگر باشد؛ ۳- داشتن غیبت بیش از سه جلسه به دلایل مختلف. ابزار مورد استفاده در این پژوهش شامل: دو فرم مشخصات دموگرافیک برای پرستاران و پرسشنامه استاندارد کیفیت زندگی (WHO) بود. سازنده پرسشنامه استاندارد کیفیت زندگی (WHO) سازمان بهداشت جهانی با همکاری ۱۵ مرکز بین‌المللی در سال ۱۹۸۹ است و برای اولین بار در ایران توسط دکتر نجات و همکاران ۱۳۸۵ ترجمه و روان‌سنجی شده است (۲۴). این پرسشنامه شامل ۴ حیطه سلامت جسمانی، سلامت روان، روابط اجتماعی و سلامت محیط است و هر یک از حیطه‌ها به ترتیب دارای ۷، ۶، ۳ و ۸ سؤال است. این پرسشنامه در مجموع دارای ۲۶ سؤال است. نمره هرگویه در دامنه‌ای از (۱ تا ۵) به ترتیب اصلاً، کم، متوسط، زیاد و کاملاً و یا خیلی ناراضیم،

دارد (۲۰). میلر، کونراد، ایوانز، جوزت، سولینتیس، باربارا، روتبام و موس (۲۰۱۴) در مطالعه‌ای با عنوان تأثیر آموزش تاب‌آوری بر میزان اضطراب، افسردگی، سندرم پس از سانحه (PTSD) فرسودگی شغلی مورد ارزیابی قرار دادند. نتایج نشان داد که پرستاران گروه آزمایش در مقایسه با پرستاران گروه کنترل بعد از پایان مداخله از اضطراب، افسردگی و فرسودگی شغلی پایین‌تری برخوردار بودند (۲۱). براساس پژوهش لطیف‌زاده و زارعی (۲۰۱۵) بین استرس کاری پرستاران با برخی موارد شامل شیفت کاری، حمایت مدیران، حجم کار، بهره‌برداری از ابزارهای تخصصی، نبود فرصت برای به اشتراک گذاشتن مشکلات با سایر پرسنل، عدم قطعیت در شرح کار پرستاری، کار با پزشکان، رفع نیازهای بیماران و خانواده‌های آنها، مرگ بیمار، روش‌های پزشکی دردناک، کار به عنوان یک نیروی جایگزین در سایر بخش‌ها و مشکلات کار با پرستاران، رابطه معناداری وجود دارد. اما در این مطالعه بین استرس کاری پرستاران و وضعیت زناشویی آنان تفاوتی مشاهده نشد. توماس و ریول (۲۰۱۶) دریافتند برخی مؤلفه‌های دخیل در شناخت پرستاری مانند انعطاف‌پذیری شناختی، برنامه‌ریزی، کیفیت زندگی، اعتماد سازمانی، تاب‌آوری و حل‌مسأله می‌تواند در پیشرفت دو حیطه‌ی شغلی و زناشویی کادر بیمارستانی و از جمله پرستاران نقش مهمی داشته باشد (۲۳).

در مجموع با عنایت به این‌که سطح کیفیت زندگی پرستاران در عملکرد آنان در محیط کار بسیار مهم بوده و در سطح خدمت‌رسانی به بیماران و سیستم درمانی نقش اصلی را ایفا می‌کند و از سویی وجود محرک‌های تنش‌زای فراوان در محیط کار پرستاری می‌تواند بر سطح عملکرد بالینی آن‌ها اثرگذار باشد لذا انجام مداخلات روان‌شناختی مبتنی بر تاب‌آوری ضرورت پیدا می‌کند، به همین خاطر توجه به مسائل و مشکلات پرستاران بویژه کیفیت زندگی آنان و ارائه‌ی راهکارهایی برای مشکلاتشان مرتبط با سلامت روانی ضروری و دارای اهمیت فراوان است. اما قبل از حل کردن مسائل و ارائه‌ی راهکار در ابتدا باید ریشه‌ی مشکلات و مسائل و متغیرهای محوری در این حوزه‌ی شغلی شناسایی شود و نهایتاً متغیرها و ابعادی از زندگی پرستاران که متأثر از این مشکلات است مورد کاوش قرار بگیرد همچنین، طبق نتایج پژوهش‌های قبلی برخی نتایج مبهم وجود دارد که اجرای پژوهش‌های بیشتر برای روشن شدن و رفع این ابهامات بر بدیع بودن پژوهش حاضر می‌افزاید. لذا این مطالعه با هدف اثربخشی آموزش تاب‌آوری بر بهبود کیفیت زندگی (سلامت جسمانی، روانی، اجتماعی و محیط) پرستاران انجام شد.

جدول (۱): خلاصه محتوای جلسات آموزش تاب‌آوری

شماره جلسه	توضیحات کلی
جلسه اول	پیش‌آزمون ارائه رهنمودهایی برای مشارکت اعضا و تشریح چگونگی انجام کار - معرفی پژوهشگر - معرفی اعضا - توضیح خطوط کلی جلسات برای اعضا، کار و تکالیف گروهی
جلسه دوم	محتوای جلسات تاب‌آوری آشنایی با چهارچوب کلی بحث: - تعریف تاب‌آوری - معرفی خصوصیات افراد تاب‌آور: ۱- شادی ۲- خردمندی و بینش ۳- شوخ طبعی ۴- همدلی ۵- کفایت‌های عقلانی ۶- هدفمندی در زندگی ۷- ثبات قدم راهکار شناخت موقعیت‌های ناخوشایند زندگی و افزایش سازگاری و تحمل در حیطه فردی
جلسه سوم	هدف: آشنایی با عوامل حمایتی داخلی - مفهوم خوش بینی - منبع کنترل - آشنایی با استرس و راه‌های کنار آمدن با استرس راهکار: شناخت استعدادها و علایق و تأکید بر آنها و تمایل به استفاده از آنها
جلسه چهارم	هدف: آشنایی با عوامل حمایتی خارجی - سیستم حمایتی اجتماعی - مسئولیت‌پذیری فردی و پذیرش نقش‌های معنی‌دار - بازسازی شناختی و ایجاد الگوی تفکر سازنده (بیان نقش باورها و افکار در رفتار و هیجانات و آشنایی با خطاهای شناختی) راهکار: احساس تعلق داشتن و با ارزش بودن و تمایل به مشارکت کردن
جلسه پنجم	هدف: آشنایی با راه‌های ایجاد تاب‌آوری: - برقراری و حفظ ارتباط با دیگران - تأکید بر اهمیت روابط مثبت با دیگران و نگرش نسبت به آنها - پذیرفتن تغییر - آشنایی با تفاوت‌های فردی در ادراک، تأکید بر اهمیت نقش افکار و خودگویی
جلسه ششم	هدف: ادامه راه‌های ایجاد تاب‌آوری - هدفمندی و امید داشتن نسبت به آینده - عمل کردن - آشنایی با سبک‌های تفکر و تأکید بر نقش تفکر خوش‌بینانه در تاب‌آوری
جلسه هفتم	هدف: ادامه راه‌های ایجاد تاب‌آوری - خود آگاهی - عزت نفس - پرورش اعتماد به نفس
جلسه هشتم	هدف: ادامه راه‌های ایجاد تاب‌آوری - خود مراقبتی - چهارچوب دادن به استرس‌ها
جلسه نهم	هدف: ادامه راه‌های ایجاد تاب‌آوری - جستجوی معنا و معناخواهی - معرفی رویکرد معنا درمانی و آشنایی با تجارب فرانکل
جلسه دهم	- تأکید بر اهمیت معنا بخشیدن به مشکلات غیرقابل تغییر - جمع‌بندی و نتیجه‌گیری و اجرای پس‌آزمون

راضی نیستیم، نسبتاً ناراضیم، راضیم، کاملاً راضیم و شبیه به آنها قرار می‌گیرد. سؤال‌های ۳، ۴ و ۲۵ معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. باید توجه داشت برای تفسیر درست این مقیاس باید، نمرات حاصل از نسخه کوتاه را به نسخه بلند تبدیل کرد و سپس میزان کیفیت زندگی در هر حیطه از صفر تا صد را باید مورد تفسیر قرار داد، ضمناً حداقل نمره هر حیطه ۴ است و براین اساس جمع نمرات خام هر حیطه در عدد ۴ ضرب می‌شود. ضریب آلفای کرونباخ بین ۰/۷۳ تا ۰/۸۹ برای خرده مقیاس‌های چهارگانه و کل مقیاس گزارش شده است (۲۴). در این تحقیق ابتدا با هماهنگی رئیس بیمارستان و سپس مترون پرستاری و ارائه مجوز دانشگاه برای انجام تحقیق به ایشان، در مورد محتوای برنامه‌های آموزشی تاب‌آوری توضیح داده شد و بعد از جلب موافقت آنان جهت تنظیم زمان برگزاری جلسات آموزشی صحبت به عمل آمد. در این طرح پژوهشی با توجه به این‌که باید نمونه‌ها از یک بیمارستان تهران، انتخاب می‌شدند لذا روش نمونه‌گیری از نوع انتخاب غیر تصادفی در دسترس است. به این ترتیب که با مراجعه به این مرکز از بین پرستارانی که واجد شرایط نمونه‌گیری بودند، به صورت در دسترس ۱۵ نفر به عنوان گروه آزمایش و ۱۷ نفر به عنوان گروه کنترل انتخاب شدند. متغیر مستقل پژوهش حاضر، شامل آموزش تاب‌آوری است که همراه با هم در یک جلسه آموزش داده می‌شود. در ابتدا از هر دو گروه آزمایش و کنترل پیش‌آزمون گرفته شد. پیش‌آزمون شامل پرسشنامه کیفیت زندگی بود. بعد از انجام پیش‌آزمون، گروه آزمایش مورد مطالعه طی ۱۰ جلسه آموزش دو ساعته (شنبه هر هفته ساعت ۱۲-۱۰) شامل ۹۰ دقیقه آموزش تاب‌آوری قرار گرفتند. محتوای آموزش در جدول (۱) آورده شده است. به دلیل غیبت بیش از سه جلسه یکی از افراد گروه آزمایش، ایشان حذف شده و گروه آزمایش به ۱۴ نفر و به دلیل استعفای یکی از افراد گروه کنترل و دادن اطلاعات نامناسب یکی دیگر از افراد این گروه در پرسشنامه، این گروه نیز به ۱۵ نفر تقلیل یافت. در مجموع حجم نمونه ما در این پژوهش به ۲۹ نفر رسید. جهت بررسی تداوم و پایداری اثربخشی برنامه آموزشی مورد نظر، شرکت‌کنندگان بعد از گذشت یک ماه پس از اجرای پس‌آزمون مجدد مورد ارزیابی و پیگیری قرار گرفتند. در نهایت داده‌های گردآوری شده با استفاده از تحلیل تحلیل کواریانس چند متغیره (مانکوا) و با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۳ مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت. به منظور رعایت ملاحظات اخلاقی، به مسؤولین بیمارستان و پرستاران شرکت‌کننده در پژوهش اطمینان داده شد که اطلاعات به دست آمده از پژوهش به صورت محرمانه و بی‌نام مورد استفاده قرار گیرد، به منظور حفظ اسرار شخصی و عدم تجاوز به حریم خصوصی

استاندارد) گروه‌های آزمایش و کنترل در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری آمده است. میانگین کیفیت زندگی گروه آزمایش در پیش‌آزمون ۷۶/۳۱ (و ۱۰/۲۲) است. نمره پس‌آزمون کیفیت زندگی گروه آزمایش کیفیت زندگی ۸۲/۰۶ (و ۸/۱۹) است. و نمره پیگیری کیفیت زندگی ۸۰/۸۷ (و ۸/۱۶) است. همچنین میانگین و انحراف استاندارد کیفیت زندگی گروه کنترل در پیش‌آزمون ۷۵/۶۱ (و ۸/۵۸) است. نمره پس‌آزمون کیفیت زندگی ۷۶/۷۶ (و ۱۳/۰۶) می‌باشد و در نهایت نمره پیگیری گروه کنترل در کیفیت زندگی ۷۳/۳۸ (و ۱۳/۰۱) است.

همان‌طور که در جدول ۳ مشاهده می‌شود، سطوح معناداری شاپیرو ویلک و آزمون لون برای تمامی متغیرها بیشتر از میزان ۰/۰۵ است، بنابراین مفروضه نرمال بودن و همگنی واریانس‌ها در مورد تمامی متغیرها تأیید می‌گردد. مفروضه دیگر تحلیل کوواریانس این فرض است که خطوط رگرسیون برای هر گروه در پژوهش باید یکسان باشند. اگر خطوط رگرسیون ناهمگن باشند، آن‌گاه کوواریانس تحلیل مناسبی برای داده‌ها نخواهد بود. لازم به توضیح است که در این فرضیه پس‌آزمون کیفیت زندگی و ابعاد آن، به عنوان متغیرهای وابسته و پیش‌آزمون‌های آنها به عنوان متغیرهای کمکی (کوواریت‌ها) تلقی شدند. زمانی فرض همگنی شیب‌ها برقرار خواهد بود که میان متغیرهای کمکی و متغیرهای وابسته در همه سطوح عامل (گروه‌های آزمایش و کنترل) برابری حاکم باشد. در این پژوهش، میان متغیرهای کمکی و متغیرهای وابسته در همه سطوح عامل (گروه‌های آزمایش و کنترل) برابری حاکم بود ($P > 0/05$). همچنین تعاملی غیرمعنی‌دار بین

افراد، نتایج در سطح کلی (میانگین) گروه‌ها گزارش شود و برای مقاصد آموزشی نتایج در اختیار روان‌شناسان و مسؤولین سلامت‌روان مراکز قرار گیرد. همچنین، در مورد عدم ضرر و زیان ناشی از شرکت در پژوهش، اطلاعات کامل در اختیار شرکت‌کنندگان قرار گرفت و آن‌ها آزاد بودند که هر زمان که بخواهند از ادامه همکاری با پژوهشگر، اجتناب ورزند. در پایان پژوهش نیز کارگاهی سه روزه برای گروه کنترل برگزار و در مورد رفتارها و مهارت‌های تاب‌آوری با آن‌ها بحث شد و در همین راستا یک جزوه آموزشی تهیه و در اختیار آن‌ها قرار گرفت. برای این‌که گروه کنترل در جریان چگونگی مداخلات انجام شده بر گروه مداخله نباشند در مطالعه حاضر از روش دو سرکور (عدم آگاهی آزمودنی و آزمونگر از گروه‌ها) استفاده شد، همچنین ضمن توجیه عمل آزمایشی برای گروه آزمایش سعی شد بین گروه‌های آزمایش و کنترل ارتباطی وجود نداشته باشد تا از انتشار عمل آزمایشی جلوگیری شود. برای این‌که پژوهش اعتبار بیرونی بالایی داشته باشد عمل آزمایشی بطور روشن و شفاف توضیح داده می‌شود، تداخل عمل‌های آزمایشی با ایجاد ملاک ورود و خروج کنترل می‌شود (و افرادی که نوعی از روان‌درمانی یا دارو درمانی دریافت می‌کنند از مداخله خارج می‌شوند).

■ یافته‌ها

دامنه سنی نمونه مورد پژوهش ۲۵ تا ۶۰ سال بود، میانگین سنی افراد در گروه آزمایش ۴۲/۸۸ و در گروه کنترل ۳۹/۳۱ است. همچنین میانگین سابقه کار افراد نمونه در گروه آزمایش ۱۶/۱۹ و در گروه کنترل ۱۱/۸۵ بود.

همان‌طور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود میانگین (و انحراف

جدول (۲): میانگین و انحراف استاندارد نمرات کیفیت زندگی در گروه‌های آزمایش و کنترل

ابعاد کیفیت زندگی	گروه	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	یک ماه بعد
		SD ± M	SD ± M	SD ± M
سلامت جسمانی	آزمایش	۲/۶۷ ± ۲۱/۰۶	۲/۸۶ ± ۲۱/۹۳	۲/۰۹ ± ۲۲
	کنترل	۳/۷۸ ± ۲۱/۲۳	۳/۲۵ ± ۲۱/۹۲	۳/۰۴ ± ۲۰/۴۶
سلامت روانی	آزمایش	۲/۲۸ ± ۲۰	۱/۷۴ ± ۲۱/۶۲	۱/۷ ± ۲۱
	کنترل	۱/۴۲ ± ۱۹/۲۳	۲/۸۵ ± ۲۰/۱۵	۳/۱۳ ± ۱۹
روابط اجتماعی	آزمایش	۲/۴۴ ± ۹/۶۸	۲/۳۳ ± ۱۰/۶۸	۱/۷۷ ± ۱۰/۳۱
	کنترل	۲/۲۱ ± ۱۰/۳۱	۲/۶۳ ± ۹/۳۸	۲/۶۶ ± ۸/۹۲
سلامت محیط	آزمایش	۴/۶۴ ± ۲۵/۵۶	۳/۴۵ ± ۲۷/۸۱	۳/۷۹ ± ۲۷/۵۶
	کنترل	۳/۵۴ ± ۲۴/۸۴	۵/۳۹ ± ۲۵/۳۱	۵/۴ ± ۲۵
کیفیت زندگی	آزمایش	۱۰/۲۲ ± ۷۶/۳۱	۸/۱۹ ± ۸۲/۰۶	۸/۱۶ ± ۸۰/۸۷
	کنترل	۸/۵۸ ± ۷۵/۶۱	۱۳/۰۶ ± ۷۶/۷۶	۱۳/۰۱ ± ۷۳/۳۸

جدول (۳): نتایج آزمون شاپیرو ویلک و لون برای بررسی مفروضه‌ها

پیگیری لون		پس آزمون لون		آزمون شاپیرو ویلک		متغیرها
P	F	P	F	P	آماره	
۰/۹۱۲	۰/۰۱۲	۰/۳۶۵	۰/۸۴۸	۰/۹۷	۰/۹۸۷	سلامت جسمانی
۰/۳۶۶	۰/۸۴۷	۰/۸۸۸	۰/۰۲۰	۰/۲۵	۰/۹۵۵	سلامت روانی
۰/۱۰۷	۲/۷۷۹	۰/۵۶۵	۰/۳۳۹	۰/۳۹	۰/۹۶۳	روابط اجتماعی
۰/۵۷۹	۰/۳۱۶	۰/۱۰۰	۲/۹۰۵	۰/۵۸	۰/۹۷۱	سلامت محیط
۰/۶۳۲	۰/۲۳۵	۰/۷۵۵	۰/۰۹۹	۰/۵۹۱	۰/۹۷۱	کیفیت زندگی

جدول (۴): اطلاعات مربوط به شاخص‌های اعتباری آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیری (MANCOVA) در مرحله پس آزمون و پیگیری

موقعیت	آزمون	ارزش	DF فرضیه	DF خطا	F	P	Eta
عضویت گروهی پس آزمون	لامبدای ویلکز	۰/۶۱۹	۴	۲۴	۳/۰۸	$P \leq ۰/۰۰۱$	۰/۳۸۱
عضویت گروهی پیگیری	لامبدای ویلکز	۰/۵۳۵	۴	۲۴	۴/۳۴	$P \leq ۰/۰۰۱$	۰/۴۶۵

جدول (۵): خلاصه نتایج تحلیل مانکوا بر روی میانگین نمره‌های پس آزمون و پیگیری ابعاد کیفیت زندگی

شاخص‌ها	SS	DF	MS	F	P	Eta
پس آزمون سلامت جسمانی	۱/۵۶	۱	۱/۵۶	۰/۲۱	۰/۶۵	۰/۰۱
پس آزمون سلامت روانی	۱۲/۴۳	۱	۱۲/۴۳	۳/۹۴	۰/۰۶	۰/۱۵
پس آزمون روابط اجتماعی	۱۶/۲۳	۱	۱۶/۲۳	۶/۵۶	۰/۰۱	۰/۲۲
پس آزمون سلامت محیط	۳۱/۶۲	۱	۳۱/۶۲	۴/۳۱	۰/۰۴	۰/۱۶
پس آزمون کیفیت زندگی	۲۰۸/۱۶۷	۱	۲۰۸/۱۶۷	۳/۹۷۹	۰/۰۵۸	۰/۱۴۷
پیگیری سلامت جسمانی	۳۳/۶	۱	۳۳/۶	۹/۹۲	۰/۰۰۴	۰/۳۰
پیگیری سلامت روانی	۳۲/۳۵	۱	۳۲/۳۵	۶/۹۵	۰/۰۱	۰/۲۳
پیگیری روابط اجتماعی	۲۰/۲۸	۱	۲۰/۲۸	۷/۹۳	۰/۰۱	۰/۲۶
پیگیری سلامت محیط	۵۰/۱۴	۱	۵۰/۱۴	۳/۸۴	۰/۰۶	۰/۱۴
پیگیری کیفیت زندگی	۵۲۳/۱۳۰	۱	۵۲۳/۱۳۰	۸/۲۷۶	۰/۰۰۹	۰/۲۶۵

متغیرهای وابسته و کمکی (کووایت‌ها) مشاهده شد. پیش فرض دیگر تحلیل کوواریانس، هم‌خطی بودن متغیر همپراش و مستقل (گروه) است. نتایج حاصل از بررسی این مفروضه نشان داد که F

تأثیر متغیر همپراش یا کواریت در مورد تمام متغیرها معنادار است ($P \leq ۰/۰۱$). لذا می‌توان نتیجه گرفت که همبستگی متغیر همپراش (پیش‌آزمون) و مستقل (گروه) در مورد همه متغیرها معنادار است. لازم به ذکر است که اگر مقدار F متغیر همپراش معنادار نباشد، تحلیل کوواریانس صحیح است، ولی متغیر همپراش

(پیش‌آزمون) انتخاب شده تأثیری بر مدل ندارد، و به عبارت بهتر، وارد کردن پیش‌آزمون به عنوان متغیر همپراش درست نبوده است. همانطور که در جدول ۴ مشاهده می‌شود، پس از تعدیل نمرات پیش‌آزمون، عامل بین آزمودنی‌های گروه (آموزش تاب‌آوری و آگاهی‌های شغلی) بر مؤلفه‌های کیفیت زندگی و ابعاد آن در مرحله پس‌آزمون ($F(۴ و ۲۴) = ۳/۰۸, P < ۰/۰۰۱$) و نیز در مرحله پیگیری ($F(۴ و ۲۴) = ۴/۳۴, P < ۰/۰۰۱$) اثر معنی‌داری

درک بهتر شرایط می‌شوند. در واقع افرادی که ارزیابی مثبتی از زندگی‌شان دارند، آرامش بیشتری را تجربه می‌کنند و می‌توانند اطلاعات دریافتی را بطور گسترده‌تر و متنوع‌تر طبقه‌بندی کنند. در نتیجه تداعی‌های بیشتری را در مورد یک موضوع داشته باشند (۲۶). افراد دارای سطح کیفیت زندگی بالا، برای حل مسایل زندگی پافشاری بیشتری می‌کنند و در برابر بازخوردهای نامطلوبی که از محیط اطرافشان دریافت می‌کنند، استقامت بیشتری دارند. در نتیجه می‌توانند سطوح بالاتری از هیجانات مثبت را بروز دهند، همچنین افراد را قادر خواهد ساخت تا با پرورش آن در خود، نسبت به تنیدگی و سایر جنبه‌های منفی که سلامت روان و بهزیستی آنها را به خطر می‌اندازد، مصون باشند (۲۷).

شرکت در جلسات آموزش گروهی تاب‌آوری موجب شد تا پرستاران مشکلات (اضطراب، افسردگی و استرس شغلی) خود را بپذیرند و بطور منطقی با آن مواجه شوند. احتمالاً بیان تجارب موفق و ناموفق در حضور افرادی که با فرد ویژگی مشترک زیادی دارند، به وی احساس شاهد خویشتن، صمیمیت، مسؤولیت‌پذیری و خودکارآمدی می‌دهد. شاید مداخله آموزشی تاب‌آوری برای اولین بار این فرصت را برای پرستاران فراهم کرده باشد که با فاصله با مشکل خود مواجه شوند و احساس کنند مهارت‌هایی دارند که علی‌رغم وجود مشکلات شغلی، امکان برقراری یک ارتباط لذت‌بخش را برای آنها ایجاد می‌کند. به علاوه، آموزش به گونه‌ای بود که پرستاران را به تأمل و تفکر وا می‌داشت، چرا که مبتنی بر سؤال و تفکر بود و مکرر تأکید می‌شد از پاسخ دادن سریع پرهیز و بیشتر دقت و تأمل کنند. از سوی دیگر کاهش رفتارهای مخل کیفیت زندگی و افزایش سلامت‌روان، سلامت جسمانی و سلامت محیط، شاید به این دلیل باشد که در جلسات گروه، مشارکت عملی و کلامی افراد برای پیدا کردن راه‌حل به شدت مورد توجه قرار گرفته و رفتارهای مطلوب و پاسخ‌های پرستاران تشویق شده است (۲۲). این حالت احتمالاً به کسب تجربه مثبت و بهبود نگرش پرستاران به دیگران، بهبود روابط بین فردی و کاهش اضطراب انجامیده است.

در واقع در تبیین دیگر این نتایج می‌توان گفت، تاب‌آوری با تعریفی ترکیبی، از باورها مربوط به خود، خویشتن و جهان سه مؤلفه را در افراد آموزش می‌دهد. این سه مؤلفه عبارتند از تعهد، کنترل و مبارزه‌جویی، در واقع افراد آموزش دیده باور به تغییر، دگرگونی و پویای زندگی و این نگرش که هر رویدادی لزوماً به معنای تهدیدی برای امنیت و سلامت انسان نیست، انعطاف‌پذیری شناختی و بردباری در برابر رویدادهای سخت استرس‌زا و موقعیت‌های مبهم

دارد. به عبارت دیگر این فرضیه که آموزش تاب‌آوری و آگاهی‌های شغلی باعث بهبود کیفیت زندگی پرستاران می‌شود در سطح معنی‌داری $P < 0/001$ تأیید می‌شود.

براساس نتایج حاصل از آزمون مانکوا، پس از تعدیل نمرات پیش-آزمون، آموزش تاب‌آوری بر سلامت روان در مرحله پس‌آزمون $(F(1, 27) = 3/94, P < 0/01)$ و مرحله پیگیری $(F(1, 27) = 6/95, P < 0/01)$ ، بر روابط اجتماعی در مرحله پس‌آزمون $(F(1, 27) = 6/56, P < 0/01)$ و مرحله پیگیری $(F(1, 27) = 7/93, P < 0/01)$ ، بر سلامت محیط در مرحله پس‌آزمون $(F(1, 27) = 4/31, P < 0/05)$ و مرحله پیگیری $(F(1, 27) = 3/84, P < 0/05)$ و بر نمره کلی کیفیت زندگی در مرحله پس‌آزمون $(F(1, 27) = 3/979, P < 0/05)$ او مرحله پیگیری $(F(1, 27) = 8/276, P < 0/001)$ اثر معنی‌داری دارد. میانگین نمرات تعدیل‌شده کیفیت زندگی و ابعاد آن بین گروه‌های آموزشی تاب‌آوری و گروه کنترل تفاوت معناداری وجود دارد به عبارت دیگر، این یافته‌ها بیانگر افزایش کیفیت زندگی و ابعاد آن در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل است.

■ بحث

این پژوهش با هدف ارزیابی مداخله آموزش تاب‌آوری بر بهبود کیفیت زندگی پرستاران صورت گرفت. نتایج نشان داد که آموزش تاب‌آوری بر کیفیت زندگی پرستاران اثربخش است. این نتایج با مطالعات دیگر برای مثال لاتوس و همکاران (۱۴)، مانیکس و مارگرات (۱۵)، چن و همکاران (۲۰) میلر و همکاران (۲۱) لطیف‌زاده و زارعی (۲۲) و توماس و ریول (۲۳) مبنی بر این‌که آموزش تاب‌آوری بر کیفیت زندگی پرستان اثربخش است همخوانی دارد.

در تبیین دیگر این یافته‌ها می‌توان گفت آموزش تاب‌آوری اعتقاد به توانایی و یک فلسفه خوش‌بینانه به زندگی را ارائه می‌کند و یکی از عناصر سازنده عملی است که کمک می‌کند تا فرد فاصله بین نیروهای خود و محدودیت‌های خود را پر کند (۲۱) و به دیگر سخن، موجب بازیابی اعتقاد خود بوده و جرأت انجام کار را به افراد می‌دهد و از طریق، دلگرمی، فرد به ارزش‌های خودآگاهی می‌یابد و به نقاط قوت و داشته‌های خود واقف می‌شود (۲۵). بنابراین، آموزش تاب‌آوری افزایش همدلی افراد را موجب می‌شود که در نتیجه این امر سطح کیفیت زندگی افراد بالا می‌رود، افرادی که سطح کیفیت زندگی بالا برخوردارند، رفتارهای انعطاف‌پذیری بیشتری از خود بروز می‌دهند و روابط بهتری را با دیگران ایجاد می‌کنند. این رفتارهای انعطاف‌پذیر باعث حل بهتر مسأله و

از جمله محدودیت‌های پژوهش مختص بودن نمونه به پرستاران بیمارستان شهر تهران که محدودیت تعمیم‌پذیری نتایج به شهرهای دیگر را محدود می‌کند، از جمله محدودیت دیگر این پژوهش کوچک بودن نمونه و عدم مقایسه آن با درمان‌های رایج شناختی-رفتاری یا روان‌درمانی‌های دیگر را می‌توان از دیگر محدودیت‌های این پژوهش دانست؛ لذا پیشنهاد می‌شود با انجام پژوهش‌های روان‌شناختی مرتبط با مؤلفه‌های روان‌شناختی تأثیرگذار بر سلامت روان پرستاران می‌تواند به شناسایی و درمان مشکلات روانی در این افراد کمک‌های شایان توجهی صورت گیرد. پیشنهاد می‌شود الگوی آموزش تاب‌آوری، برای بهبود روابط بین شخصی و کاهش اضطراب و کنترل استرس، در بیمارستان‌ها توسط روان‌شناسان و مشاورین، برنامه‌ریزی و مورد توجه قرار گیرد.

■ تشکر و قدرانی

این مقاله منتج از طرح تحقیقاتی تصویب شده به شماره ۱۰۰۲/د/۵۱۰۹ مورخ ۱۳۹۵/۰۴/۰۶ از کلیه پرستاران محترم بیمارستان تهران که ما را در انجام این مطالعه یاری نمودند، تشکر و قدرانی می‌شود.

را به دنبال دارد. کوباسا و پوکتی ۱۹۸۳ باور دارند که افرادی که خوش‌بینی، امید و وظیفه‌شناسی بالایی دارند چون از حس کنجکاوی بالا، گرایش به داشتن تجارب جالب و معنی دار، ابراز وجود، پرانرژی و این که تغییر در زندگی، امری طبیعی است، می‌تواند در سازش فرد با رویدادهای تنیدگی‌زای زندگی سودمند باشند (۲۸). بررسی‌ها گویای آن هستند که تاب‌آوری به عنوان یک متغیر در حیطه روانشناسی مثبت‌نگر با سلامت بدنی و روانی رابطه مثبت دارد و به عنوان یک منبع مقاومت درونی، تأثیرات منفی استرس را کاهش می‌دهد و از بروز اختلال‌های بدنی و روانی پیش‌گیری می‌کند (۲۷). در واقع بر این اساس تاب‌آوری، توان افراد را برای مقابله بالا برده و این امر باعث افزایش کیفیت زندگی باشد.

■ نتیجه‌گیری

مدیران پرستاری می‌توانند برای ارتقای سطح کیفیت زندگی پرستاران می‌توان از الگوی آموزش تاب‌آوری استفاده نمایند. برنامه آموزش تاب‌آوری این مطالعه می‌تواند برای سوپروایزران آموزشی یک راهنمای عملکردی باشد.

■ References

- 1- Joslin LE, Davis CR, Dolan P, Clark EM. Quality of life and neck pain in nurses. *International Journal of Occupational Medicine and Environmental* 2014; 27 (2): 236-42.
- 2- Arsalani N, Fallahi-Khoshknab M, Josephson M, Lagerstrom M. Musculoskeletal disorders and working conditions among Iranian nursing personnel. *International Journal of Occupational Safety and Ergonomics*. 2014; 20 (4):671-80.
- 3- Bernal D, Campos-Serna J, Tobias A, Vargas-Prada S, Benavides FG, Serra C. Work-related psychosocial risk factors and musculoskeletal disorders in hospital nurses and nursing aides: a systematic review and meta-analysis. *International Journal of Nursing Studies* 2015; 52 (2): 635-48.
- 4- Aghakhani N, Soheili A, Ataei L, Pouriran M. Correlation between night shift and lowback pain in nurses who work in educational hospitals in Tabriz, Iran. *Journal of Urmia Nursing and Midwifery* 2014; 12 (7): 521-15.
- 5- Komeili-Sani M, Etemadi A, Boustani H, Bahreini M, Hakim A. The relationship between nurses' clinical competency and job stress in Ahvaz university hospital, 2013. *Journal of Clinical Nursing and Midwifery*. 2015; 4(1):39-49.
- 6- De Vienne CM, Creveuil C, Dreyfus M. Does young maternal age increase the risk of adverse obstetric, fetal and neonatal outcomes: a cohort study. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive*. 2009; 147 (2): 151-6.
- 7- Estrella-Castillo DF, Gomez-de-Regil L. Quality of life in Mexican patients with primary neurological or musculoskeletal disabilities. *Disability and Health Journal*. 2016; 9 (1): 127-33.
- 8- Zhang H, Wisniewski SR, Bauer MS. Comparison of perceived quality of life across clinical states in bipolar disorder: Data from first 2006 Systematic Treatment Enhancement Program For bipolar Disorder (STEP-BD) participants. *Comprehensive Psychiatry - Journal*. 2006; 47(3): 161-8.
- 9- WHO QoL Group. Measuring Quality of Life: the development of the World Health Organization Quality of Life Instrument (WHOQoL). Geneva; World Health Organization. 2007; 35(6): 401-411.

- 10- Buckner, J. C., Mezzacappa, E., & Beardslee, WR. Characteristics of resilient youths living in poverty: The role of self-regulatory processes. *Development & Psychopathology*, 2013; 15 (1), 139-162.
- 11- Carver, C., Scheier, M., & Segerstrom, S. Optimism. *Clinical psychology review*, 2010; 30, 879-889.
- 12- Kliewer, W., & Murrelle, L. Risk and protective factors for adolescent substance use: findings from a study in selected Central American countries. *Journal of Adolescent Health*, 2012; 40 (5): 448-455.
- 13- Phili W, Karen-Leigh E. Caring as a resilient practice in mental health nursing. *International Journal of Mental Health Nursing*. 2007; 16 (2): 132-5.
- 14- Luthans F, Youssef C, Avolio BJ. Psychological Capital: investment and developing positive organizational behavior in D. L. Nelson and C. L. Cooper. (Eds.) 2007; 9-24.
- 15- Mannix, A. & Margaret, F. Optimism, resilience and leadership-3 qualities to help move you toward greatness. <http://enzinearticles.com>. 2011.
- 16- Letzring TD, Block J, Funder DC. Ego-control and ego – resiliency: generalization of self – report scales based on personality descriptions from acquaintances, clinicians, and the self. *Journal of Research in Personality*. 2005; 29: 395-422.
- 17- Friberg O, Hjedal O, Rosenvinge OH, Martinussen M, Aslaksen M, Flaten MA. Resilience as a moderator of pain and stress. *Journal of Psychosomatic Reserch*. 2006; 61: 213-219.
- 18- Samani S, Jokar B, Sahragard N. (2007). Resiliency, mental health and satisfactory of life. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*. 2007; 3(13): 290-295. (Persian)
- 19- Mehafarid, M., Khakpour, M., Jajarmi, M., Alizadeh Mousavi, A. Effectiveness of positive thinking training on hardiness & resilience and Job burnout in women nurses. *Journal of Nursing Education* 2015, 4 (11): 72-83. [Persian].
- 20- Chen M, Huang Y, Sun C, Lee C, Hsiao S, Chou Y, Han T, Yang T. “Factors influencing the quality of life of nurse anesthetists and the correlations among work stress, job satisfaction, and quality of life: a case study of three medical centers in southern Taiwan”, *World Journal of Medicin and Medical Science*. 2014; 2 (2): 1 – 17.
- 21- Mealer M, Conrad D, Evans J, Jooste K, Solyntjes J, Barbara Rothbaum and Moss M,. Feasibility and acceptability of a resilience training program for intensive, care unit nurses “. *American Journal of Critical Care*, 2014; 23, 6: 97-105.
- 22- Latifzadeh, SH., & zarea, K. Occupational stress and its related factors in nurses working in intensive care units of educational hospitals in Ahwaz, Iran. *Journal of Novel Applied Sciences*, 2015; 4 (4): 483-487.
- 23- Thomas L J, Revell S. H. Resilience in nursing students, *Nurse Education Today*. 2016; (136) 457-462.
- 24- Mogharab, M., Riyasi, H.R., Hedayati, H., Mogharab, M. Work life quality of nurses working in educational hospitals affiliated to Birjand University of Medical Sciences, 2012. *Modern Care, Scientific Quarterly of Birjand Nursing and Midwifery Faculty*. 2013; 10 (1):84-90. [Persian].
- 25- Watts, R. E & Garza, Y, “Using Children’s drawings to facilitate the acting “as if” technique,” *The journal of Individual Psychology*, 2008; 64(1): 113-118.
- 26- Argil M. Psychology of happiness. [Goharaki Anaraki M, Trans.] Isfahan: Jahad Publication, 2004 [Persian]
- 27- Esfandiary, Z., & Amiri Majd, M. Relationship between personality characteristics and coping strategies with job stress in nurses. *Journal of Nursing Management*, 2013; 1(4): 36-44. [Persian]
- 28- Kobasa, S. C., & Puccetti, M. C. Personality and social resources in stress resistance. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1983; 45 (15): 839-850.

The Effectiveness of resilience training program on improving nurses' quality of life

Ziba Barghi Irani[■], Mohammad Javad Bagiyan Kulemarez, Nadia Hazari

Introduction: Nursing job is intolerable and full of stress and it has many challenges. So; these impact on nurses quality of life. Therefore; it is important that nurse managers promote and maintenance quality of life of nurses and their resilience.

Aim: The aim of study was to assess the effectiveness of resilience training on improving nurses' quality of life.

Method: This study was a quasi-experimental with two groups (experimental and control) that data gathered pre-post and one month after intervention. The population were all nurses at one of the hospital in Tehran who were volunteer to participate in this study. Nurses who had include criteria selected (32) and then allocated in two groups; experimental (17) and control (15) randomly. Before intervention, pre-test was taken in both groups. The experimental group attended in weekly 2 hours, 10 sessions for resilience training and control group remained with no training. Quality of life in both groups were assessed before and after intervention and also 4 weeks after intervention with WHO quality of life questionnaire. Data were analysed by version of SPSS₂₃ and descriptive statistics, ANOVA and MANCOVA.

Results: the results showed that significant difference between groups in pre and post-test and after one month follow up in quality of life ($p < 0/05$). That is confirm the effectiveness of resilience training in quality of life for nurses. These results remain till 4 weeks after termination of training.

Conclusion: Nurse managers would be use this resilient training program for improving nurses' quality of life. The training program for this study would be a functional guide for educational supervisors.

Key words: nursing, quality of life, resilience, training plan

■ Corresponding author:

Barghi Irani Z.

Assistant Professor of Psychology, Faculty member University of Payame Noor Tehran, Department of Psychology, Tehran, Iran.

Address: kimia2010@gmail.com

Bagiyan Kulemarez M J.

PhD, student of General Psychology at Razi University, Kermanshah, Kermanshah, Iran.

Hazari N.

MSc Psychology, Payame Noor University South Tehran branch, Tehran, Iran.

Nursing Management

Quarterly Journal of Nursing Management

Five Year, Vol 5, No 3&4, Autumn 2016 &

Winter 2017